

376

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le 23 Mai 1901 à 1 heure.

PAR

RENÉ PROUST

Né à Poitiers, le 24 novembre 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉCIDIVES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : P. BROUARDEL, professeur.

Juges : PROUST, professeur.

WURTZ & THOINOT, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE DU PALAIS

5, BOULEVARD DU PALAIS, 5

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le 23 Mai 1901 à 1 heure.

PAR

RENÉ PROUST

Né à Poitiers, le 24 novembre 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉCIDIVES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : P. BROUARDEL, professeur.

Juges : PROUST, professeur.

WURTZ & THOINOT, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE DU PALAIS

5, BOULEVARD DU PALAIS, 5

1901



Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. le professeur BROUARDEL

Membre de l'Institut
Membre de l'Académie de Médecine
Doyen de la Faculté
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La fièvre typhoïde est une affection qui confère généralement l'immunité. Ce fait, d'observation courante, est depuis longtemps établi; cependant, on a pu observer des exemples dans lesquels cette immunité acquise n'était pas très durable, de sorte que, dans des conditions difficiles à préciser, mais dont l'étude est intéressante, il peut arriver qu'un sujet, ayant eu antérieurement la fièvre typhoïde, reprenne une seconde fois cette maladie, et, en un mot, fasse une récidive.

Ces cas de récidive ont été considérés longtemps comme de rarissimes exceptions; mais, depuis que l'on a commencé à les étudier avec plus de soin, les exemples se sont multipliés aussi bien en France qu'à l'étranger.

Nous devons à notre regretté maître, Potain, une très intéressante observation de récidive de dothiéntérie, contrôlée par l'épreuve du séro-diagnostic de Widal. Nous essaierons de rapprocher ce cas de quelques-uns des faits déjà connus et nous diviserons ainsi ce travail :

D'abord, nous devons préciser ce qu'il faut entendre par récidive, car cette expression, d'ailleurs très juste, a été employée par bien des auteurs pour désigner d'autres états totalement différents, comme nous le verrons : ceci n'avait pas peu contribué à jeter la plus grande confusion de la question des récidives. Nous repasserons ensuite l'histoire des récidives dans la fièvre typhoïde.

Avant de commencer ce travail, nous considérons comme un devoir d'adresser nos remerciements aux maîtres qui ont fait notre éducation médicale et aux amis qui y ont contribué.

Nous adressons à la mémoire du très regretté professeur Potain l'expression de toute notre reconnaissance pour la grande bienveillance qu'il a toujours eue envers nous; ses

cliniques et ses leçons au lit du malade ont été pour nous la clef de la pathologie et de la thérapeutique cardiaques.

Tout à fait au début de nos études, le docteur Balzer nous enseigna à l'hôpital Ricord, qui était alors l'hôpital du Midi, les maladies vénériennes. A la Charité, le docteur Gouraud nous apprit les délicatesses de l'auscultation, ainsi que le professeur Jaccoud à la Pitié. Dans le service du docteur Quénu, à l'hôpital Cochin, nous vîmes les grandes opérations exécutées avec une si grande science et un art véritable. A la clinique Tarnier, le professeur Budin nous initia à la théorie et à la pratique si délicate des accouchements.

Le docteur Desnos nous ouvrit les portes de sa clinique, où nous pûmes, sous sa haute direction, nous exercer au traitement des maladies des voies urinaires.

Nous tenons à remercier tout particulièrement le docteur Sébilleau, chirurgien des hôpitaux, qui, dans un moment où la maladie nous avait enlevé nos forces physiques et morales, a su, par son habileté dans une douloureuse opération, ses soins incessants et dévoués, nous rendre la santé. Notre reconnaissance envers lui est immense.

Nous adressons aussi un respectueux souvenir au docteur Billaudeau qui, après plus de soixante années de dévouement passées à Soissons, est venu vivre ses derniers jours près de son pays natal, qui est le nôtre, et où il répand toujours autour de lui de nombreux bienfaits.

Enfin, nous adressons un souvenir de vive gratitude à tous nos camarades et amis qui ont été à la peine avec nous, et, en particulier, à Jean Petit, actuellement interne des hôpitaux, au dévouement duquel nous avons eu souvent recours dans des moments difficiles et pénibles.

Nous adressons, en terminant, un souvenir tout spécial aux personnes si dévouées qui nous ont entouré de leurs bons soins : nous n'oublierons jamais tout ce que nous leur devons.....

Nous prions respectueusement M. le professeur Brouardel,

qui, pendant tout le cours de nos études, nous a donné les preuves d'une si grande bienveillance, et qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse, de bien vouloir recevoir l'hommage de ce modeste travail.

HISTORIQUE

Les premiers auteurs qui aient rapporté des cas de récurrence de fièvre typhoïde ne sont point, comme on l'a dit, Taupin (1), Rilliet et Barthez (2). Ces auteurs, en effet, sous la dénomination de récurrence, en 1839 et en 1841, n'ont signalé que des rechutes de fièvre typhoïde. Or, nous avons vu, dans le chapitre précédent, la différence qui existe entre l'une et l'autre. Il semble que le premier fait de récurrence véritablement observé remonte à 1850; à cette époque, Piedvache (3) communiqua à l'Académie de médecine l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, qui venait d'avoir une dothiérien-térie, et qui, déjà dix ans auparavant, avait été atteinte de la même affection.

Nous trouvons ensuite trois cas de récurrence signalés par Barlett et quatre autres observés par William Budd en Angleterre en 1859.

Chomel (4), en 1863, dans son *Traité de pathologie générale*, dit n'avoir jamais constaté un seul exemple de récurrence, bien qu'il ait pu suivre cent trente-quatre typhiques à l'Hôtel-Dieu.

Trousseau en aurait vu deux cas : l'un à l'hôpital, l'autre dans sa clientèle privée. Le premier avait trait à une femme, quatre ans après une première atteinte, que le professeur Rostan avait observée pendant quatre septenaires. Dans la seconde observation, il s'agissait d'une jeune fille qui, après avoir eu la fièvre typhoïde grave, fit, l'année suivante, une récurrence qui dura longtemps.

(1) Taupin. — *Journ. des conn. médico-chirurg.*, 1839.

(2) Rilliet et Barthez. — *Journ. des conn. médico-chirurg.*, 1841.

(3) Piedvache. — *Acad. de méd.*, 1850.

(4) Chomel. — *Traité de path. gén.*, 1863.

En 1865, Monneret (1) admet les récidives comme exceptionnelles, bien qu'il en ait observé des cas non douteux.

Trois observations de nouvelle atteinte de fièvre typhoïde, après plusieurs années d'intervalle, par Michel en 1869 (2); peu de temps après, Constantin Paul communiqua à la Société médicale des hôpitaux de Paris l'observation d'une jeune fille chez laquelle il avait assisté à deux atteintes de fièvre typhoïde, séparées par un intervalle de trois ans.

Un autre exemple de récidive après un an est dû à Bucquoy (3). La même année Murchison écrivait dans son traité de la fièvre typhoïde : « On croit généralement qu'une atteinte de fièvre typhoïde confère l'immunité pour des atteintes suivantes, cependant les cas très authentiques de personnes contractant une seconde fois la fièvre typhoïde sont plus communs qu'on ne le croit généralement ; quelques-uns se sont passés sous mes yeux ; les deux attaques avaient eu lieu avant la puberté des malades, et j'ai eu d'autres cas, plus nombreux encore, dans lesquels un malade, qui avait eu une fièvre rémittente infantile, ne fut pas épargné pendant l'adolescence par une attaque de fièvre typhoïde. »

Peut-être parmi ces cas dont parle Murchison, y a-t-il quelques faits qui se rapportent à des rechutes, mais la plupart, comme l'affirme la fin de cette citation étaient bien des récidives.

Alonzo-Clark (4) à la même époque rapporte l'histoire de deux épidémies au cours desquelles Genning vit deux malades qui, atteints de fièvre typhoïde et soigné par lui deux ans auparavant, subirent une nouvelle atteinte.

Dans le *Progrès médical* de 1881, Jules-Simon (5) cite le

(1) Monneret. — *Traité de path. gén.*, 1865.

(2) Michel. — *Union méd.*, 1869.

(3) Bucquoy. — *France méd.* 1878.

(4) Alonzo-Clark. — *Lectures sur la fièvre typhoïde 1878, New-York méd. Record.*

(5) Jules-Simon. — *Progrès médical* 1881.

cas d'un jeune homme de sa famille qui aurait eu deux atteintes de fièvre typhoïde à un intervalle de trois ans.

Battle (1), l'année suivante, rapporte un fait du même genre.

Romiszwski-Devoncour (2), dans sa thèse en 1885, réunit plusieurs récides indéniables, dont une est empruntée à la thèse de Perrin.

Deshayes(3), de Rouen, en 1886, au Congrès de Nancy, parle de deux malades chez lesquels il a observé une première fièvre typhoïde, puis une récide. A la suite de cette communication une discussion s'éleva à laquelle prirent part MM. Bouchard, Rochard, Layet, Maurel et Berneihm.

Rochard affirma qu'aucune maladie contagieuse ne confère une immunité absolue et définitive.

Layet dit que les récides existent parce que l'immunité s'éteint, ceci est bien en rapport avec ce que les travaux scientifiques plus modernes ont démontré.

Une conclusion de Bouchard dans cette discussion est particulièrement intéressante : Cet auteur pense que les récides des maladies infectieuses sont observées dans la proportion de 20 0/0 des cas environ, en temps d'épidémie, mais que ces atteintes nouvelles sont plus bénignes et plus courtes que les premières. En ce qui concerne la dothiéntérie, l'auteur croit que les récides peuvent, exceptionnellement se produire jusqu'à trois et quatre fois comme pour la rougeole.

Peu après, M. Fernet (4) et M. le professeur Brouardel (5), étudiant l'épidémie si grave de Pierrefonds, citent une famille de huit personnes, toutes atteintes de fièvre typhoïde.

(1) Battle. — *Gaz. Hebdom. de Montpellier* 1882.

(2) Romiszowski-Devoncour. — *Thèse de Paris* 1885.

(3) Deshayes. — *Congrès de Nancy* 1886.

(4) Fernet. — *Soc. méd. des Hôp.* 1888.

(5) Brouardel. — *Mémoire à la Société de médecine publique* 1887.

Quatre d'entre elles sont mortes, les quatre autres, qui ont survécu, avaient déjà eu antérieurement la fièvre typhoïde. A propos de ces cas dont on trouvera plus loin la relation ; M. le professeur Brouardel dit : « La préservation semble avoir été d'autant plus grande que la fièvre typhoïde antérieure était plus récente.

En 1887, Sallebert (1) soutenait, à Bordeaux, sa thèse inaugurale sur les récidives dans la fièvre typhoïde.

Le docteur Lecuyer (2) (de Beaurieux), dans une communication en 1888, dit : « La question de la récidive est bien jugée pour moi, et je l'ai observée plusieurs fois. Du reste, Brouardel en cite des cas analogues dans l'épidémie de Pierrefonds ; quoique rare, elle existe certainement. »

Nous signalons encore un fait de « Fièvre typhoïde à évolution, primitivement régulière, à rechute très grave au cinquième septenaire, à récidive atténuée un an plus tard. » Ce fait a été publié par Hugues et Lévy (3), en 1891 dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*.

En Allemagne, Oddo-Betz (4) parle dans sa thèse d'un cas de récidive.

Un travail très important du professeur Eichorst (5), de Zurich, parut en 1888. Il cite les opinions des auteurs suivants : Griesinger, admet les récidives ; il a pu en observer de bien nettes et les croit rares cependant.

Liebermeister pense que l'immunité conférée par la fièvre typhoïde n'est pas aussi longue ni aussi certaine que celle donnée par la variole et la scarlatine.

Zülzer admet que ces récidives sont des rechutes et l'explique en disant que toutes les plaques de Peyer ne sont pas

(1) Sallebert. — *Thèse de Bordeaux 1887*.

(2) Lecuyer. — *Société de médecine publique 1888*.

(3) Hugues et Lévy. — *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, août 1891.

(4) Oddo Betz. — *Thèse de Tubingen sur le typhus abdominal*.

(5) Eichorst. — *Arch. f. path. Anth.*, CXL1.

touchées en même temps et que l'infection peut persister malgré l'apparence de guérison.

Lindwurm affirme que la seconde atteinte est toujours bénigne, bien moins grave que la première.

Sur 397 cas, Goth aurait observé 11 récidives.

Quinekenette aurait soigné une jeune fille de vingt-cinq ans, atteinte pour la troisième fois de fièvre typhoïde.

Telles sont les opinions que cite Eichorst avant de donner sa statistique personnelle que voici : sur 666 cas de dothiéntérie il aurait constaté 28 récidives.

Potain (1), en 1892, fit une importante leçon clinique sur ce sujet, étudiant les récidives et les réitérations de la fièvre typhoïde.

La même année, Moore (2), de Dublin, rapporte un fait très détaillé du même genre.

Un cas de récidive de dothiéntérie avec rechute fut l'objet d'une très instructive clinique du professeur Jaccoud 3) en 1893 à l'hôpital de la Pitié.

D'autre part, Peffer (4), à la même époque, affirme avoir soigné plusieurs sujets qui furent deux et trois fois atteints de fièvre typhoïde, à plusieurs années d'intervalle.

Mason, en 1894, pense également que la fièvre typhoïde peut parfois récidiver; il en cite deux exemples et signale l'opinion de J.-G. Blacke, de G.-B. Shattuck, de E.-I. Forster et de T.-M. Rotch qui n'avaient point jusqu'alors observé de faits semblables. Il en est de même de F.-C. Folsom.

Narboni, dans son intéressante thèse inaugurale en 1894, précise bien ce qu'il faut entendre par récidive. Il en admet l'existence indéniable, il en rapporte plusieurs

(1) Potain. — *Bull. méd.* 27 juill. 1892.

(2) Moore. — *Journ. of med. Sc.* 1892.

(3) Jaccoud. — *Bull. méd.* 1894.

(4) Peffer. — *The amer. text-Book of theor. und practise* 1893.

exemples, l'un personnel, les autres dûs au professeur Gros d'Alger.

Depuis cet ouvrage nous n'avons trouvé aucun travail d'en semble sur la question.

DÉFINITION DE LA RÉCIDIVE

En parcourant les divers auteurs que nous avons cités et ceux qui ont écrit sur la question, on est frappé de voir combien l'accord a été long à se faire sur la valeur du mot récidive et sur le sens qu'il faut lui attribuer. A chaque instant, on rencontre les expressions de récidive, de rechute, de réversion, de réitération employées les unes pour les autres.

Ainsi, les deux premières observations de Taupin et celles Rilliet et Barthéz n'ont pas trait à des récidives bien qu'elles en soient qualifiées. Il suffit de lire les quelques lignes suivantes de Taupin pour s'assurer qu'il parle bien de rechute :

« J'ai noté deux fois une anomalie singulière de la marche de la dothiéntérie, je veux parler des récidives. Dans le premier cas, un garçon de treize ans, convalescent au dix-septième jour, qui mangeait avec appétit, se levait dans la salle, n'avait ni fièvre, ni diarrhée, fut pris, après dix jours d'un état satisfaisant, de tous les symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde : fièvre, diarrhée, céphalalgie, douleur au ventre, gargouillements, éruption de taches lenticulaires, sudamina, catarrhe pulmonaire etc. etc. Cette seconde fièvre typhoïde, traitée comme la première, ne dura que onze jours et se termine par la guérison.

« Un autre garçon, âgé de dix ans, guéri au trente-unième jour de sa maladie, revient à l'hôpital onze jours après sa guérison, cinq jours après sa sortie, présentant les mêmes symptômes qu'à sa première entrée : fièvre, céphalalgie, diarrhée etc... La récidive dura cette fois vingt-cinq jours ».

Le mot réversion est employé pour la première fois par Michel en 1859. Pour lui la récidive vraie n'est autre chose

qu'une réversion qui surviendrait plus ou moins longtemps après la fièvre typhoïde; quant à la réversion elle-même elle tiendrait à la fois de la rechute et de la récurrence et serait en quelque sorte le terme de passage entre les deux.

Chomel, dans son traité de pathologie générale, définit la récurrence comme le retour de la maladie après l'entier rétablissement du sujet, tandis que la rechute est la réapparition de la maladie qui vient de se terminer, mais dont la convalescence n'est pas achevée.

Bouchut, à propos de la rechute dit : « Ce n'est pas un retour du mal, comme on l'a dit improprement, car le retour suppose le départ; ici il n'y a qu'une manifestation nouvelle d'accidents morbides à leur déclin. La récurrence est, au contraire, le retour de la maladie chez un sujet en pleine santé ».

Grisolle donne des définitions analogues, nous n'y insisterons pas, car cet auteur semble ne pas croire aux récurrences dans la fièvre typhoïde.

M. le professeur Jaccoud, dans son traité de pathologie interne, donna en 1869 les définitions de toutes ces expressions, ce qui n'empêcha pas les auteurs de n'être point d'accord sur la différence à établir entre la rechute et la récurrence. Nous voyons, en effet, au mois de décembre de la même année, une discussion s'élever à la société médicale des hôpitaux.

Lorain y propose de supprimer le mot rechute qui n'est à son avis qu'un synonyme de récurrence. Au contraire, Constantin Paul, Bergeron, Bucquoy. Dumontpallier et Marrote admettent la différence entre la rechute et la récurrence, cette dernière, pour Constantin Paul, est une évolution intégrale et nouvelle de la maladie depuis son début jusqu'à sa terminaison.

Ces définitions sont encore reprises par Guyard, dans sa thèse en 1876.

Voici, d'autre part, comment s'exprime à ce sujet Cadet de Gassicourt :

« Il n'y a aucune relation entre deux maladies dont l'une

apparaît plusieurs mois ou plusieurs années après la guérison de l'autre. Il y a des liens étroits entre deux manifestations morbides qui se succèdent à court intervalle, la seconde apparaissant après la guérison de l'autre ».

Enfin, dans sa thèse d'agrégation, M. Hutinel apporte à l'appui de ces définitions les renseignements fournis par le tracé thermométrique : « La recrudescente, dit-il, est une surélévation de la température qui se fait ordinairement pendant la fièvre typhoïde, dure plusieurs jours et s'accompagne toujours d'une aggravation relative des symptômes typhiques. Entre la première et la seconde phase de la maladie, il n'y a jamais eu d'apyrexie continue, jamais en un mot la convalescence n'a commencé lorsque la température remonte.

« Dans la rechute, au contraire, après une première phase dans laquelle la fièvre typhoïde évolue régulièrement, il se produit une apyrexie de plusieurs jours de durée; pendant cette période intercalaire, la convalescence semble exister, puis, vers le sixième ou huitième jour, quelquefois plus tard, la température s'élève de nouveau et les symptômes typhiques reparaissent. Le fait important à noter ici, c'est l'existence d'une période intercalaire apyrétique.

« La récédive est la reproduction d'une fièvre typhoïde au milieu d'une santé parfaite alors que le sujet est totalement guéri d'une première atteinte. La récédive a lieu ordinairement au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années. Ainsi lorsque la reproduction des symptômes typhoïdes a lieu pendant la convalescence il y a rechute, lorsqu'elle a lieu après la guérison complète et définitive, il y a récédive. Dans la rechute, c'est la même infection typhique qui se manifeste en deux fois, qui s'effectue en deux actes; dans la récédive il y a infection nouvelle ».

L'auteur ajoute : en ce qui concerne la fièvre typhoïde, les réinfections sont excessivement rares.

Depuis le travail de M. Hutinel, plusieurs auteurs sont

revenus sur ces définitions qui sont actuellement assez bien fixées. Potain, en 1892, a précisé en particulier ce fait que la récurrence résulte d'une nouvelle infection typhique causée par l'introduction dans l'organisme de germes venus du dehors.

Comme l'a fait remarquer M. le professeur Jaccoud, si l'accord s'est fait assez rapidement sur ces définitions, il n'en a pas été de même à l'étranger. C'est ainsi que Griesinger confond les rechutes et les récurrences : « On ne saurait, dit-il, refuser le nom de récurrence à la fièvre typhoïde qui pendant plusieurs jours recommence une évolution complète, régulière, aussi grave et aussi prolongée que la première ».

Liebermeister confond absolument rechute et récurrence. Strümpel décrit la rechute sous le nom de récurrence. Eichorst lui-même, qui avait bien constaté la différence entre la rechute et la récurrence décrit la rechute sous le nom de récurrence.

En somme, cette étude des définitions qui ont été données de la récurrence, de la rechute, de la réitération, etc... nous montre que le désaccord a longtemps régné en France entre les cliniciens et que, actuellement encore, la littérature étrangère, sous le nom de récurrence, ne décrit pas toujours des faits comparables à ceux que nous décrivons sous ce titre. Dès lors, on comprend quelle difficulté extrême, on aura à faire une statistique ; il faudrait reprendre un à un chacun des cas publiés et voir s'il s'agit bien ou non d'une récurrence vraie dans le sens que Potain a assigné à cette expression.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étude des cas de récidives de la fièvre typhoïde permet de dégager quelques points intéressants dans l'étiologie de ces nouvelles atteintes.

Tout d'abord nous voyons que ces récidives ont ordinairement lieu pendant des épidémies et par contagion directe. C'est ainsi que l'eau de boisson a pu être incriminée dans l'épidémie de Pierrefonds. D'après les recherches faites par M. le professeur Brouardel et les examens bactériologiques qu'il fit pratiquer par MM. Chantemesse et Widal, l'eau de boisson était contaminée par l'infiltration venue des fosses d'aisances, et on peut faire la numération des bacilles d'Eberth dans l'eau prélevée le 13 octobre : « il y avait environ 25.000 bacilles par litre d'eau ». Ce nombre considérable explique à la fois la violence de l'épidémie et les récidives chez les quatre malades qui avaient déjà antérieurement subi une première atteinte.

Dans les faits de Oddo-Betz et de Deshayes, l'air atmosphérique a été incriminé. Dans d'autres faits de Deshayes et de Mason, on dût accuser une contagion directe par d'autres typhiques. En tous cas, le surmenage, les débilitations de toute nature sont susceptibles de favoriser une réinfection. Dans le cas qui nous a été communiqué par notre regretté maître, le professeur Potain, la seconde infection paraissait due à l'ingestion d'eau suspecte ; mais, des causes secondaires ont pu favoriser cette nouvelle infection. La malade était à l'époque des règles, et, par conséquent, en état de moindre résistance. De plus, elle a commencé par présenter une infection grippale bien nette. Cette infection n'a-t-elle pas joué un rôle assez important ? N'a-t-elle pas pu amener un état de dépression, une diminution de la résistance organique, ca-

pables de favoriser la colonisation des bacilles d'Eberth introduits dans l'intestin avec l'eau de boisson?

Le sexe paraît jouer un certain rôle, tout à fait secondaire, d'ailleurs. Cependant Narboni, dans sa thèse, s'exprime ainsi à ce sujet : « Le sexe masculin serait plus prédisposé à la récédive; si on s'en rapporte à la statistique d'Eichorst, on trouve que, sur 656 cas observés à la clinique de Zurich pendant les années 1884, 1885 et 1886, il y aurait eu, sur 378 hommes atteints de dothiéntérie, 18 récédives, tandis que, sur 278 femmes typhiques, 10 seulement auraient eu la dothiéntérie pour la seconde fois. » Si nous faisons le pourcentage de ces cas, nous trouvons 4,7 0/0 chez l'homme et 3,9 0/0 chez la femme. La différence est bien minime et la statistique d'Eichorst ne porte que sur 656 cas; il n'est pas impossible qu'une statistique plus complète donne des résultats tendant à infirmer l'influence du sexe.

D'après Eichorst, l'âge aurait une influence plus nette, et ce serait surtout de dix à quatorze ans et de trente à trente-cinq ans que les récédives s'observeraient surtout.

Les récédives peuvent exceptionnellement se produire plusieurs fois; Lorenz parle d'un cas de récédive double, et Müller, de Zurich, cité par Eichorst, aurait observé un sujet atteint quatre fois de fièvre typhoïde dans l'espace de plusieurs années. L'intervalle qui sépare les deux atteintes est très variable, il peut être de dix, vingt, trente ans; un des cas de l'épidémie de Pierrefonds présentait une période intercalaire de trente-neuf ans.

Quant à la fréquence des récédives, elle est difficile à apprécier, Lindwurn donne le chiffre de 1,1 0/0, Goth celui de 1,94 0/0, le professeur Jaccoud donne la proportion moyenne de 2,5 à 3 0/0. Eichorst estime les récédives à 4,2 0/0, et Mayer à 23 0/0. La variation même de ces chiffres montre bien qu'ils sont entachés d'erreur. Une statistique est presque impossible à établir actuellement sur des bases solides, en

raison de la confusion qui a si longtemps régné entre les rechutes, les réitérations et les récidives.

Il nous reste à parler de la pathogénie proprement dite, Deux questions se posent, auxquelles, nous devons l'avouer, nous ne saurions en l'état actuel de la science répondre d'une façon définitive.

Pourquoi une première atteinte confère-t-elle souvent l'immunité?

Pourquoi ne la confère-t-elle pas toujours?

Répondre à la première de ces questions, c'est reprendre toute la question de l'immunité, nous ne pouvons le faire sans sortir des limites que nous avons dû nous imposer dans ce travail. Nous essayerons cependant de résumer les connaissances acquises sur ce point en quelques mots, en nous inspirant de l'important article de MM. Charrin et Hugon-nenq (1) dans le *Traité de pathologie générale du docteur Bouchard*. « Ce n'est pas, disent ces auteurs, à une atténuation du virus qu'il convient d'attribuer la décroissance des manifestations infectieuses : c'est à l'augmentation de l'immunité des organismes. »

Deux théories principales ont été émises pour expliquer l'immunité acquise. La première a été formulée par Pasteur. Ce savant admettait que l'état réfractaire résultait de l'épuisement du milieu, de la consommation par les microbes des principes nécessaires à leur évolution. Une seconde atteinte devenait alors impossible, parce que cette consommation, cette soustraction, réalisée au moment de la première infection ne permettait plus la pullulation des germes.

Telle était l'opinion de Pasteur dans ses communications à l'Académie des sciences le 9 février, le 26 avril et le 3 mai 1880. Mais alors comment expliquer que l'infection typhique commençant à s'éteindre pût s'exalter de nouveau pour constituer

(1) Charrin et Hugon-nenq. — *Traité de pathol. gén. de Bouchard*, t. II, p. 275 et suivantes.

une rechute, si fréquemment observée, surtout chez les enfants chez qui elle est presque la règle? Le milieu n'est donc pas épuisé comme le pensait Pasteur. Du reste, cet éminent savant, avec sa droiture habituelle, modifia son opinion, et, dès 1887, dans une lettre au professeur Duclaux, il se ralliait à la seconde théorie que nous allons exposer. Charrin et Hugonnenq la résument ainsi : « Dans cette autre théorie, la vaccination est rattachée à l'introduction au sein de l'économie de principes engendrés par la vie des microphytes. Chauveau crut démontrer la réalité de cette doctrine, dite doctrine de l'addition. » Dans une note déposée par le professeur Bouchard à l'Académie des sciences le 25 octobre 1887, nous lisons : « Il est possible, dans les conditions indiquées (injections des produits de sécrétions débarrassés du bacille), d'augmenter la résistance du lapin à un microbe déterminé, de rendre cette résistance plus ou moins durable et complète, soit en inoculant au préalable ce microbe par une autre voie, soit en injectant préalablement les produits solubles des cultures. »

De nombreux travaux ont confirmé ces données importantes, et, en particulier, Chantemesse, Widal, Bruschetti, Klemperer, Lévy, Stern, ont pu expérimentalement obtenir une certaine immunité contre la dothiéntérie.

Depuis, les recherches de Metchnikoff, de Bordet, etc. ont permis de pénétrer dans une partie de ces détails le mécanisme intime de cette immunisation.

Aussi Charrin et Hugonnenq concluent : « De l'ensemble de ces faits se dégagent des notions établissant que les principes antitoxiques apparaissent dans l'organisme à l'occasion d'une vaccination. Ils dérivent de la vie des cellules, vie modifiée par le passage, par l'action des toxines; ils s'opposent aux effets nocifs de ces toxines, grâce à un mécanisme d'atténuation pour certains auteurs, de protection de l'économie pour d'autres. Ils sont répandus un peu partout dans les tissus; divers organites, de préférence ceux du foie, de la

rate, les leucocytes, les éléments éosinophiles, etc... concourent à leur formation. La phagolyse y contribue. Leurs caractères, leurs réactions, leurs modifications, etc... établissent des analogies entre eux et les produits bactéricides ou globulicides.

Ces propriétés antitoxiques sont parfois héréditaires, bien que si l'on ne vient pas à les renforcer de temps à autres, elles aient une tendance à disparaître, suivant les lois relatives aux attributs de luxe... »

Par conséquent, nous concevons fort bien qu'une première atteinte de fièvre typhoïde puisse conférer l'immunité. Mais, la dernière proposition susénoncée nous explique en même temps qu'une récidive puisse avoir lieu. L'immunité a tendance à s'effacer peu à peu; d'autre part, la race microbienne de la première infection n'est pas fatalement identique à celle qui produit la seconde.

Dans ses recherches sur le streptocoque, Marmoreck n'a-t-il pas pu isoler une race extrêmement virulente de ce microbe, qui n'est guère influencée par le sérum antistreptococcique obtenu avec des races moins virulentes. Ceci nous explique pourquoi les récidives ont souvent été précédées d'une première atteinte légère, pourquoi aussi on les rencontre surtout dans des épidémies graves.

Dans l'épidémie de Pierrefonds, la race des bacilles d'Eberth était très virulente. Les quatre personnes qui étaient atteintes pour la première fois ont succombé; les quatre autres antérieurement atteintes de dothiésentérie ont eu des récidives moins graves et ont survécu. D'après cela, n'est-il pas permis de penser que peut-être bien des grippes, des états infectieux indéterminés pourraient être des récidives de fièvres typhoïdes atténuées et déformées quant aux manifestations cliniques.

Considérations sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement des récidives de la fièvre typhoïde.

Les signes d'une récidive de fièvre typhoïde sont bien ceux de l'infection par le bacille d'Eberth; cependant il peut y avoir quelques modifications dans les symptômes et dans l'évolution de la maladie. Ces modifications que l'on peut regarder comme heureuses dans la majorité des cas semblent dues à ce que la première atteinte de fièvre typhoïde avait déjà conféré au sujet une certaine immunité malheureusement insuffisante.

Eichorst et beaucoup d'autres auteurs insistent sur l'analogie qui existe entre la première et la seconde atteinte; pourtant il ne faudrait pas trop préjuger en ce sens. N'avons-nous pas vu que dans l'infection primitive comme dans la réinfection il fallait tenir compte du degré de virulence de la race microbienne, du degré d'immunisation du sujet et enfin de l'état de résistance générale de l'organisme.

Tel malade, qui a présenté une première dothiéntérie grave verra évoluer quelques années après une fièvre typhoïde essentiellement bénigne. Il est même possible que cette seconde atteinte soit quelque peu atypique et doive se rattacher aux formes abortives, au typhus ambulatorius, au typhus levissimus.

Dans l'épidémie de Pierrefonds, où la race microbienne semblait être d'une virulence considérable, les cas de récidive ont été relativement légers; dans quelques-uns même le tableau de la fièvre typhoïde était singulièrement défiguré. Mais il est également compréhensible que si le malade se présente dans des conditions mauvaises de dépression organique et de virulence moyenne il peut avoir une récidive

plus grave que la première atteinte, d'autant plus que cette fièvre typhoïde réduite au minimum ne lui aura sans doute conféré qu'une immunité légère et peu durable.

La récurrence pourra être facile à diagnostiquer dans certains cas. Chez la malade dont nous rapportons l'histoire, presque tous les signes de la fièvre typhoïde, sauf les symptômes nerveux, existaient ; encore y avait-il un peu d'insomnie. Mais la plupart de ces signes étaient véritablement atténués : l'hypertrophie splénique était très légère, l'éruption de taches rosées lenticulaires était réduite à l'apparition d'une seule tache et encore n'ayant pas tout-à-fait les signes habituels puisqu'elle était boutonneuse.

Mais ce qu'il y avait de plus trompeur, c'est que la maladie avait commencé avec toute l'allure d'une grippe, si bien que le premier diagnostic fut celui-là. Ce n'est que plus tard, lorsqu'à l'hypertrophie splénique s'ajoutèrent une tache rosée, le gargouillement et la diarrhée, que le diagnostic fut précisé.

Dans ces cas douteux, dans lesquels l'idée d'une fièvre typhoïde est écartée d'autant plus volontiers qu'il y a déjà eu une première atteinte, on peut songer à bien des affections et nous ne reprendrons pas ici la question du diagnostic avec les méningites, les gripes, la tuberculose, l'embarras gastrique etc. etc...

Nous voulons insister seulement sur l'épreuve par le séro-diagnostic. L'excellente méthode de M. Widal rend ici encore de grands services ; de même qu'elle permet de reconnaître les formes légères de la fièvre typhoïde, ainsi que l'a établi Coudeyras (1) dans sa thèse, elle permet aussi de reconnaître les récurrences. Dans notre observation, cette confirmation par le séro-diagnostic a été très nette, mais le sérum a dû être examiné à deux reprises différentes ; ceci semble indiquer

(1) Coudeyras. — *Thèse de Paris 1897.*

qu'en cas de résultat négatif, il peut être utile de renouveler l'examen au bout de quelques jours.

Le pronostic de ces récidives est évidemment variable. Avec un individu débilité et une infection grave, le pronostic comporte de grandes réserves; mais en général, il faut bien reconnaître que les récidives sont moins graves que la première affection. La durée de la maladie n'est cependant guère diminuée, mais les signes en sont atténués, l'hyperthermie n'est pas la règle et fréquemment les symptômes nerveux sont tout à fait effacés; aussi la convalescence est-elle peut-être plus rapide; nous n'avons guère vu noter par les auteurs de troubles intellectuels pendant cette période.

Quant au traitement, il faut l'établir de bonne heure aussitôt que la nature de l'infection est reconnue. On prescrira le régime lacté exclusif; on supprimera surtout toute alimentation solide, car si les symptômes de la maladie sont atténués, les lésions sont de même nature, et pour légère que soit une fièvre typhoïde, elle peut donner naissance à des hémorragies intestinales, voire même à des perforations.

Reste enfin à se demander s'il faut baigner ces malades. A cette question, nous répondrons par l'opinion que professait notre regretté maître, M. Potain, au lit de la malade dont nous rapportons l'histoire; on ne peut poser, dans les récidives, la balnéation, en principe elle n'est pas nécessaire dans les formes légères, sans hyperthermie, sans symptômes nerveux, mais bien employée, elle n'est pas nuisible. On peut toutefois, dans ces cas, se contenter de lotions froides, de frictions alcoolisées et réserver les bains pour les cas graves.

On peut donc, en résumé, dire que le traitement des récidives est le même que celui de la fièvre typhoïde dans une première atteinte et qu'il relève, dans les deux cas, des mêmes indications.

Observation (inédite).

(Communiquée par notre regretté maître le professeur Potain).

M^{me} Al. X... est une femme de vingt-six ans, jouissant d'une très bonne santé habituelle.

Antécédents héréditaires. — Cette malade ne présente, dans ses antécédents de famille, rien qui puisse éclairer sur l'affection présente. Son père est mort à soixante-huit ans d'une maladie de cœur. Sa mère est encore bien portante.

Chez les collatéraux, aucune tare appréciable.

Antécédents personnels. — Cette malade a été atteinte, à l'âge de huit ans, d'une rougeole légère qui a évolué sans complications.

A l'âge de dix-huit ans, elle a été atteinte d'une première fièvre typhoïde non douteuse; l'affection a commencé par une période traînante de somnolence et de fatigue générale. La fièvre a paru ensuite, avec torticolis léger, anorexie complète, soif vive et trouble du sommeil (sommolence, cauchemars). La diarrhée a fait son apparition, et le médecin traitant, en province, après avoir constaté des taches rosées lenticulaires sur le ventre a posé le diagnostic de dothiéntérie.

La maladie a duré cinq semaines, avec température assez élevée. La convalescence a été longue; la malade présentait l'amaigrissement caractéristique qu'on observe en pareil cas. Il n'y a donc pas de doutes sur la nature de cette première atteinte, qui s'est manifestée avec les symptômes et la marche classique d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité et sans complication.

La malade a eu trois enfants dont l'un est mort en bas âge, et les deux autres se portent bien.

Histoire actuelle. — La malade, jusque-là très bien portante, sent froid et se fatigue le dimanche 29 avril 1900. Les jours suivants, l'état de fatigue s'accroît, on constate un peu de coryza et on pense à une grippe légère.

Le 1^{er} mai, les époques menstruelles n'apparaissent pas. Sans s'aliter, la malade ressent une grande fatigue et tousse un peu. On n'entend aucun bruit morbide à l'auscultation.

Pendant la fin de la semaine, même état. Le dimanche 6 mai, la malade se sent un peu mieux et passe la journée à la campagne.

Point important à noter, cette femme ne boit que de l'eau filtrée.

Mais, le dimanche 29 avril et le 6 mai, elle a bu à deux repas de l'eau non filtrée et peut-être suspecte, surtout le 6 mai.

Le soir du 6 mai, frissons, nausées, vertiges. Maux de tête assez violents. La malade a un saignement de nez peu abondant, du reste.

Le 7 mai, elle prend le lit, et le thermomètre accuse 38°,5 à 4 heures du soir. Anorexie complète, langue saburrale, soif vive.

La nuit du 7 au 8 a été agitée, le sommeil était interrompu à chaque instant par des cauchemars.

Le 8 mai, épistaxis légère. La malade accuse un peu de sensibilité dans les muscles de la nuque.

Le 10 mai, la rate est un peu volumineuse; il y a de la constipation depuis le début de la maladie, malgré une légère purgation et quelques laxatifs.

Le 11 mai, on constate l'hypertrophie splénique modérée, et le palper de la fosse iliaque droite révèle du gargouillement bien net. La température a monté progressivement et atteint 39°,4 le soir. Hier, la malade a mouché un peu de sang.

Le 12 mai, on voit une tache rosée lenticulaire, légèrement saillante et boutonneuse, suspecte. Ce même jour, on prélève un peu de sang pour l'épreuve du séro-diagnostic. Le diagnostic de grippe avait été jusqu'alors porté, et on avait institué le traitement ordinaire. L'épreuve du séro-diagnostic est négative.

Le 13 mai, la malade a trois selles spontanées, en diarrhée, de coloration jaunâtre, légèrement bilieuse.

Le 14, on renouvelle le séro-diagnostic, qui donne un résultat positif. Les bacilles d'une culture de vingt heures sont nettement agglutinés au bout de trente minutes dans un mélange de sérum de la malade et de culture dans la proportion de 1/40. Le diagnostic de dothiéntérie s'impose donc. M. le professeur Potain considère qu'il s'agit là d'un cas de grippe transformé en fièvre typhoïde, analogue à ceux dont il a récemment parlé à la Société médicale des hôpitaux, cas tout à fait exceptionnels.

Régime lacté, désinfection des orifices, désinfection des selles, boissons abondantes; alcool à l'intérieur. Lotions à l'alcool quatre fois par jour sur tout le corps. La diarrhée continue, à raison de six ou huit selles par jour, ayant les mêmes caractères.

La céphalalgie occipitale persiste. Pas de sommeil; un peu d'agitation la nuit. Le thermomètre oscille autour de 39° et 39°,5, pour atteindre 40° le 18 mai au soir. Le matin, on note 38°5 à 39° (température axillaire).

Les urines, assez abondantes, contiennent un peu d'albumine coagulable par la chaleur et donnant un léger nuage bien manifeste.

La malade ne présentant aucun phénomène nerveux, on ne donne pas de bains froids, d'autant qu'il n'y a pas d'hyperthermie excessive.

Pendant la semaine du 20 au 27 mai, l'état reste stationnaire. Cependant, vers le 25, la diarrhée diminue un peu; on n'observe plus guère que deux ou trois selles par jour. Depuis le commencement de cette semaine, la malade prend du benzo-naphtol par doses fractionnées de 30 centigrammes, de façon à arriver à 4 grammes en vingt-quatre heures.

La toux persiste; l'auscultation révèle l'existence de quelques râles sibilants dispersés aux deux bases, surtout quand la malade est restée longtemps dans le decubitus dorsal.

L'amaigrissement commence à devenir assez accusé et très caractéristique.

A partir du 28 mai, la température commence à descendre progressivement, par grandes chutes le matin, par chutes beaucoup moindres le soir. A 8 heures du matin, on trouve, par exemple, 38, puis, 37 le lendemain. Le soir, les différences sont moins grandes, et la température prise vers 6 heures n'indique qu'un abaissement de quelques dixièmes de degré.

Le premier jour d'apyrexie complète fut le 4 juin. Bientôt, la malade commence à accuser de l'appétit. Les selles deviennent régulières et non diarrhéiques. L'état général est meilleur, mais, ce dont la malade s'aperçoit surtout, c'est du retour d'un sommeil calme, tranquille et réparateur.

L'alimentation est reprise progressivement à partir 11 juin, et la convalescence s'effectue sans accidents ni rechutes.

La malade se lève pour la première fois le 15 juin; sa première sortie a lieu en voiture le 19, et elle reprend peu à peu sa vie ordinaire.

On constate une chute de cheveux assez accusée pendant la convalescence, et on fait des frictions du cuir chevelu avec de l'alcool.

La 30 juin, les règles qui n'avaient pas paru pendant la durée de la maladie et qui, par conséquent, avaient été supprimées pendant les mois d'avril et de mai, font spontanément leur apparition sans aucun trouble. La malade quitte Paris le 4 juillet pour achever sa convalescence. Depuis cette époque, elle n'a rien ressenti d'anormal, et sa santé s'est maintenue excellente.

Observation.

M. F..., âgé de cinquante-sept ans, a d'ordinaire une excellente santé ; il a été atteint, vers l'âge de dix-sept ou dix-huit ans, d'une fièvre typhoïde grave suivie d'une longue convalescence.

Revenu à Paris le 27 septembre à cause de ses occupations, il attendait sa famille le 30 à la gare de Paris et était encore bien portant : le soir de ce jour, il dina un peu moins que d'habitude parce qu'il se sentait fatigué, et il croyait s'être enrhumé ; il ne sortit pas le lendemain et mangea peu.

Le 2 octobre, il garda le lit toute la journée et, dans la soirée, je le trouvai avec la fièvre, le pouls à 80 (alors que, habituellement, il bat chez lui 56 à 60), et la température à 40°. Il dormait médiocrement, ce que, ne voulant pas se reconnaître malade, il attribuait à la préoccupation que lui donnait la maladie de ses filles. Le ventre était un peu sensible en bas, pas plus à droite qu'à gauche. Urines un peu albumineuses. Il y avait une toux assez fréquente, et l'on constatait un peu de congestion pulmonaire, surtout à gauche où il y a depuis plusieurs années un petit foyer de sclérose que la maladie actuelle semblait avoir ravivé. Deux ou trois garde-robes par jour légèrement diarrhéiques.

La fièvre persista les jours suivants un peu moins forte (temp. 39° environ, pouls 72-76), ainsi que les autres symptômes ; et, enfin, le 3 ou 6 octobre apparurent deux ou trois taches rosées lenticulaires qui fixèrent le diagnostic.

Cependant l'état général restait bon, et la maladie ne présentait aucun mauvais caractère, malgré de terribles émotions, M. F... s'étant levé pour assister aux derniers moments de sa fille Mar...

Le traitement fut simple : sulfate de quinine, 0 gr. 75 pendant trois jours ; ensuite mixture à l'iodoforme (il n'en fut pris que très peu) ; lavement matin et soir ; potages, lait, grog, sinapismes et ventouses sèches sur la poitrine.

Dès le 9 octobre, la fièvre tombait, les nuits étaient meilleures, la convalescence de cette fièvre typhoïde très légère, commençait et continuait régulièrement jusqu'au 15. Ce jour-là, pendant la bourrasque qui s'abattit sur Paris et ailleurs, M. F... prit froid et eut un retour de bronchite et de congestion pulmonaire, accompagnées de quelques accès de fièvre avec légers frissonnements à la fin de l'après-midi (M. F... avait

eu, il y a vingt ans, quelques accès de fièvre intermittente). Quelques nouvelles doses de sulfate et trois applications de ventouses sèches eurent facilement raison de cette légère complication; et depuis la convalescence a marché, sans nouvel incident, régulièrement.

Observation.

M^{me} F..., cinquante et un ans, d'une très bonne santé habituelle, a eu vers l'âge de dix-huit à vingt ans, une fièvre typhoïde extrêmement grave dont on parle encore comme d'un événement dans sa famille.

Durant les deux ou trois premiers jours après le retour à Paris, elle ne se sentait pas malade, bien qu'elle eut l'estomac un peu troublé et surtout de fréquents renvois gazeux. Elle passait ses journées et même une partie des nuits à soigner ses filles, éprouvait bien de la fatigue, mais n'en prenait guère soin. Le 4 octobre, les malaises gastriques et la courbature s'accusaient davantage; et le 5, la fièvre était nettement accusée et il fallut prendre le lit : pouls 92-96; température, 39°. Un peu de céphalalgie, sommeil troublé, ventre légèrement ballonné, sensible à l'hypogastre; besoins fréquents d'uriner, urines à peine albumineuses. Il survint alors un peu de diarrhée, deux fois par jour, avec les lavements seulement. Je ne vis pas de taches rosées sur le ventre ce jour-là ni dans la suite. La poitrine était parfaitement nette; les nuits étaient toujours troublées, pourtant sans agitation. Traitement simple : un peu de mixture à l'iodoforme, lavements; au début, régime lacté exclusif et grog; plus tard, en outre, potages gras quand l'estomac fut remis.

La fièvre se maintint sans changement notable jusqu'au 8 (températ. 39° environ), puis elle diminua, mais persista encore une huitaine, la température oscillant autour de 38°; ce ne fut que le 16 octobre, après une durée de quinze jours environ, que la maladie parut terminée et que la convalescence commença et se confirma bientôt d'une façon continue.

Observation.

Chez la fille aînée de la famille F..., les accidents furent encore moins accentués que dans les deux observations précédentes; chez elle comme chez la malheureuse Léa B..., la maladie ne put guère être que soupçonnée au point de vue de sa nature, bien que celle-ci soit rendue probable en raison du milieu où l'affection s'est développée.

M^{lle} Marg..., vint-six ans, d'une très bonne santé antérieure, a eu, il y a juste trois ans, une fièvre typhoïde grave avec rechute qui l'a tenue au lit pendant six semaines et dont la convalescence fut longue.

Le 25 septembre et les jours suivants, étant encore à Pierrefonds, elle fut prise d'accès de fièvre revenant tous les soirs vers cinq heures avec frisson, suivi de chaleur, sans sueur; une fois, pendant un accès, elle vomit son dîner. Ces mêmes jours, elle se plaignit d'un torticolis peu intense, et elle eut tout de suite le facies altéré comme si elle avait une maladie grave. Cependant il n'y avait pas d'autre trouble dans la santé, et les organes étaient tous dans un état d'intégrité parfaite.

Trois doses de 0 gr. 75 de sulfate de quinine, pris les 27, 28 et 29 septembre, suffirent à couper ces accès; cinq autres doses furent encore prises à intervalles de plus en plus éloignés par précaution; la santé se rétablit complètement, et la jeune fille put se consacrer pendant les quinze jours suivants aux soins qu'elle donna elle-même à ses infortunées sœurs et à ses parents. La maladie avait grâce à la récente atteinte de fièvre typhoïde, consisté seulement en quelques accès de fièvre avec torticolis.

Observation.

Antoinette L..., âgée de vingt et quelques années, a eu la fièvre typhoïde il y a cinq ans avec complication d'érysipèle dans la convalescence.

Dans les derniers jours de septembre et les quatre premiers jours d'octobre, elle était un peu fatiguée, mais ne paraissait pas malade. Comme sa santé habituellement délicate et les malaises dont elle se plaignait dans le moment la rendaient incapable de rendre des services dans la famille déjà alors si rudement atteinte, elle dut se rendre chez ses grands parents (à Paris), le 4 octobre, après avoir conduit la cuisinière au chemin de fer. Là elle tomba malade, garda le lit une quinzaine de jours ; elle eut, paraît-il quelques vomissements. Je n'ai pas de détails précis sur sa maladie ; je sais seulement que, dès le 18 octobre, elle pouvait écrire que le médecin qui la soignait n'avait rien remarqué de grave en elle, que quelques jours après elle quittait le lit, mais qu'on lui conseillait encore une convalescence de trois semaines environ.

Observation.

M^{lle} M..., âgée de quinze ans et demi, fut une des premières et des plus violemment atteintes ; c'est chez elle que les accidents prémonitoires furent le plus marqués : dès le 25 septembre, elle commença à éprouver une grande lassitude, à se plaindre de froid, à souffrir d'un torticolis qui fut surtout pénible dans les premiers jours, à dormir d'un moins bon sommeil. Cependant elle continua à sortir jusqu'au 28 et resta encore levée toute la journée du 29 ; mais le 30 elle supporta très difficilement le voyage, elle avait grand'peine à marcher et, durant le trajet, elle resta comme échouée dans le coin de son wagon, la figure abattue et comme bouffie, les yeux demi-clos ; le délire qui s'empara d'elle dans les jours suivants avait pour principal objet ce voyage et des accidents de chemin de fer. Le soir de ce même jour, la fièvre était déjà intense : température, 40°,3 ; pouls, 150 ; cependant il n'y avait aucun signe d'une maladie locale déterminée : la langue était naturelle, le ventre peu développé, un peu sensible, mais également des deux côtés, il y avait de la constipation ; la poitrine et le cœur étaient sains ; il y avait une céphalalgie de moyenne intensité, et encore du torticolis ; les urines peu abondantes contenaient un peu d'albumine.

Je craignais déjà la fièvre typhoïde, mais en l'absence de signes de certitude, je me demandai si ces signes ne pouvaient être rattachés à de la dysménorrhée, les règles, ordinairement régulières, étant en retard de six jours ; je conseillai donc, outre un traitement et un régime simples, une capsule d'apiol qui fut prise deux jours seulement et des sinapismes aux membres inférieurs, qui n'amènèrent aucun résultat.

Dès la nuit et le jour suivants, tous les accidents atteignirent rapidement leur summum et persistèrent sans répit jusqu'à la fin : le délire commença le soir du 30 septembre et continua, à peine interrompu par quelques courts intervalles de sommeil, et il ne cessa plus, bien qu'on ait pu, jusqu'au dernier jour, l'arrêter un moment en éveillant l'attention. La fièvre s'établit intense et sans rémission : la température de 40°,3 fut la plus basse et le thermomètre, presque fixe aux environs de 40°,7, s'éleva même jusqu'à 41°,3 ; le pouls ne variait pas de 140 à 160. La langue était peu fébrile et sans caractères biens particuliers ; le ventre restait peu développé, peu douloureux ; la constipation persistait et il fallut recourir à des lavements et même à l'eau

d'Hunyadi pour obtenir quelques garde-robes dures, d'apparence normale, sans odeur spéciale. La céphalalgie et le torticolis duraient encore, bien qu'atténués. La poitrine et le cœur tenaient bon ; à peine quelques sibilances disséminées dans les bronches. Les urines étaient peu abondantes, sans doute moins d'un litre en vingt-quatre heures et légèrement albumineuses ; du reste, malgré mon insistance, la quantité de boisson était très réduite, le bouillon et le lait inspiraient un vif dégoût, et l'on ne pouvait faire prendre que quelques cueillerées à la fois ; du reste, pas un seul vomissement.

Le 3 octobre, apparurent sur le ventre des taches rosées lenticulaires, mieux accusées encore le lendemain. Le diagnostic n'était plus douteux. Le sulfate de quinine, commencé la veille à la dose de 75 centigrammes en deux doses, fut continué et on commença l'administration de bains tièdes à la température de 28 degrés et d'un quart d'heure de durée ; ces bains, acceptés très facilement, furent continués matin et soir jusqu'à la fin de la maladie. Cependant la fièvre persista avec la même intensité (température voisine de 41 degrés ; pouls, 150 environ), le délire resta continu, les urines toujours peu abondantes ; il survint des soubresauts dans les tendons.

Dans la nuit du 4 au 5 octobre apparut tout d'un coup une diarrhée abondante, composée de matières foncées très fétides ; ces matières ne me furent pas montrées, mais je me crus autorisé à penser qu'elles provenaient d'une hémorrhagie intestinale, et ce qui me confirme ce soupçon, c'est que le 5 au matin, la température n'était plus que de 38 degrés. L'état général n'en fut en rien amélioré, il ne parut pas pire non puls ; mais, à 1 heure de l'après-midi, on vit brusquement l'agitation faire place à de l'affaissement, le visage s'altéra ; bientôt la respiration se ralentit, et la malade s'éteignit doucement à deux heures et demie, cinq jours après avoir pris le lit d'une façon définitive.

Observation.

M^{lle} M..., vingt-trois ans, eut un début de maladie plus brusque encore que sa sœur ; très bien portante et vaillante jusque-là, elle se plaignit pour la première fois de fatigue, le 28 septembre à la suite d'une promenade de deux heures de marche environ par un temps chaud et lourd ; cependant elle put le lendemain s'occuper des préparatifs de départ et voyager le 30 septembre sans éprouver autre chose que de la lassitude. Mais le soir même, pendant le dîner, elle quitta la table après le potage pour aller se coucher et ne plus se relever.

La nuit suivante ne fut pas trop mauvaise, mais le lendemain, 1^{er} octobre, je trouvais la malade au lit, avec une forte fièvre (p^ouls, 100 ; température axillaire, 40°,6), se plaignant de courbature générale, de céphalalgie avec un peu de raideur du cou, la langue un peu rouge et légèrement chargée, le ventre un peu développé sans exagération marquée de la sensibilité ni gargouillement au niveau de la fosse iliaque, une inappétence complète, peu de soif ; constipation, urines rares, un peu albumineuses ; rate peu développée ; congestion pulmonaire peu intense à la base du poumon gauche. Le traitement consista en sulfate de quinine, 75 centigrammes trois jours de suite, ventouses sèches sur la poitrine, lavements matin et soir ; comme régime, des potages gras et surtout du lait, grog pour tisane.

Le 2 octobre apparurent les règles, en avance de six jours environ (était-ce une épistaxis utérine ?), qui durèrent près de quatre jours avec leur durée et leur abondance habituelles.

Trois jours se passèrent sans changement notable dans l'état général ou dans les symptômes locaux ; la fièvre persistait aussi intense, la courbe thermique formant un plateau à 40°,7, sans rémission même le matin, le pouls toujours aux environs de 108 pulsations ; garde-robes ordinaires, provoquées par des lavements, sans diarrhée ; urines rares avec émission difficile (les boissons étaient d'ailleurs peu copieuses, et le lait sur lequel j'eusse voulu insister, n'était pris qu'en petite quantité à cause des nausées qu'il provoquait après quelques cuillerées).

Le 4 et le 5 octobre apparurent des taches rosées lenticulaires et en même temps une diarrhée très modérée, les selles ne se produisant qu rarement en dehors des lavements.

A ce moment, il survint une légère rémission dans la fièvre (tempé-

rature, 39°,7 environ). Les nuits n'étaient pas trop mauvaises, bien qu'il y ait eu par intervalles du subdélirium et un peu d'agitation. J'ajoutai au traitement antérieur cinq à six cuillerées à dessert par jour de mixture à l'iodoforme (formule de Bouchard) et des bains tièdes 28 degrés à partir du 6 octobre, dès que les règles furent arrêtées.

La maladie suivait son cours sans incident notable et, bien que sérieuse, laissait encore de bonnes espérances. Mais, le 7 octobre, commencèrent à apparaître des troubles nerveux qui ne tardèrent pas à prendre un développement inquiétant ; ce furent d'abord des soubresauts des tendons accompagnés d'un peu de raideur des membres, surtout une légère contracture des muscles des mâchoires et de ceux du cou gênant la préhension des boissons et un peu les mouvements de la tête. Aussi commença-t-on, dès ce moment, à faire prendre quelques boissons et surtout du lait par le nez, car on n'arrivait plus à en faire prendre une quantité suffisante par la bouche, et la difficulté par cette voie était beaucoup plus grande.

Mon excellent ami, le professeur Brouardel, ami aussi de la famille, voulut bien à ce moment nous donner son précieux concours ; déjà le docteur Foucart, mon ancien élève et mon ami, voulait bien m'assister dans les terribles circonstances où nous nous débattions.

Le traitement déjà institué, bains tièdes matin et soir, mixture à l'iodoforme, lavements, ventouses sèches, boissons alimentaires et surtout lait et grog, fut continué comme par le passé.

Le 8 et le 9, les accidents nerveux allèrent en s'accroissant progressivement : le tronc et les membres se raidirent dans une convulsion tétanique, les mâchoires étaient serrées, et il était impossible de faire passer plus de quelques cuillerées à café de liquide par la bouche ; on arrivait à faire passer les boissons par le nez, mais encore en allant doucement à cause du spasme du pharynx qui s'était ajouté aux autres convulsions. La face était rouge ; la malade faisait entendre de petits gémissements continuels, elle avait un subdélirium interrompu par quelques intervalles de somnolence ou d'affaissement comateux. Les urines étaient de plus en plus rares et émises involontairement ; les garde-robes, également involontaires, étaient de moyenne fréquence. Le pouls s'accélérait : après être demeuré à 100 pulsations environ pendant tout le cours de la maladie, il s'était élevé à 120 toute la journée du 8 ; et le 9, à mesure que l'état tétanique s'accroissait davantage, il augmentait rapidement de fréquence et atteignait dans la soirée le chiffre de 160 pulsations. Cependant, la bouche restait d'apparence nor-

male, la langue humide et rosée; cet état de la bouche (habituel chez les malades soumis au traitement iodoformé) et l'état du ventre contrastaient seuls avec tous les autres symptômes qui présentaient une alarmante aggravation.

Dans l'après-midi du 9 octobre, les contractions cardiaques et le pouls commencèrent à faiblir à mesure que leur fréquence augmentait, la respiration devint plus rapide, la déglutition très difficile et l'état comateux fut plus profond. Je fis alors une injection sous-cutanée d'éther sulfurique (une seringue de Pravaz), le pouls se releva un peu, mais pour baisser un peu au bout de deux heures environ; les injections d'éther furent alors répétées, par le docteur Foucart et par moi, jusqu'à trois en douze heures, avec un avantage de moins en moins marqué.

Le soir, l'état convulsif avait fait place à un collapsus qui s'accroissait d'instant en instant, la face présentait une teinte ardoisée, surtout marquée aux paupières. Bientôt la respiration se ralentit, le pouls et les contractions du cœur devinrent presque imperceptibles, et la malade s'éteignit le 10 octobre à 2 heures du matin,

Observation.

M^{lle} A..., âgée de vingt ans, avait eu un peu de torticolis vers le 23 du mois de septembre, mais elle était restée bien portante les jours suivants, et, pour la première fois, elle se plaignit de fatigue à la suite de la promenade du 28; le lendemain, elle ne désira pas sortir comme d'habitude; le 30, elle fit le voyage pour rentrer à Paris sans se plaindre; mais, le soir, quelques minutes après sa sœur M..., elle quitta la table du dîner et alla se coucher, passa une nuit assez mauvaise, et, le lendemain, elle n'essaya même pas de se lever.

Dans l'après-midi du 1^{er} octobre, elle avait une fièvre intense (température 40°6 dans l'aisselle), elle se plaignait de courbature générale, de mal de tête, d'inappétence et d'un peu de soif; le pouls était modérément fréquent, 90 à 100 pulsations, le ventre était un peu sensible dans sa partie inférieure sans prédominance du côté droit; la poitrine et le cœur ne présentaient rien d'anormal et la langue était naturelle; il y avait de la constipation.

Comme elle avait, ainsi que sa sœur M..., un retard de quelques jours dans ses règles, je lui avais fait prendre, ce même matin, une capsule d'apiol, qui fut encore répétée le 2 octobre, et fait appliquer plusieurs fois des sinapismes aux membres inférieurs.

Cependant, la fièvre persistait avec une légère rémission le matin seulement; le sulfate de quinine, administré trois jours de suite, n'eut aucun effet appréciable. Le 2 octobre, il y eut dans la matinée une épistaxis d'un tiers de verre environ, qu'on pouvait prendre pour une déviation des règles, sans soulagement des symptômes. L'état général était pourtant assez bon en apparence : les nuits étaient peu troublées, la langue était nette, la constipation cédaux lavements, et les garde-robes semblaient naturelles; le bouillon et le lait, seule alimentation, étaient bien acceptés, les urines étaient abondantes et ne contenaient qu'un soupçon d'albumine; le pouls oscillait de 80 à 90, bien que les températures restassent au-dessus de 40°.

Le 5 octobre, nouvelle épistaxis plus abondante que la première, deux tiers de verre environ, et suivi d'un abaissement marqué de la température, qui tombe à 37°; mais cette chute de la fièvre est passagère, et dès le soir, le thermomètre remonte à 39°7, et le lendemain matin, à 40°.

Le 6 octobre apparaissent, sur le ventre, quelques taches rosées lenticulaires; le diagnostic est définitivement établi et le traitement institué, qui sera suivi sans interruption jusqu'à la fin : bains tièdes matin et soir, à 28° pendant un quart d'heure (ces bains sont pris avec plaisir et maintiennent la peau souple et moite); six cuillerées à dessert par jour de la mixture à l'iodoforme; lavements matin et soir; deux potages gras; 1 lit. 1/2 de lait, grog.

Pendant cinq jours (du 6 au 10 octobre), la situation se maintenait presque satisfaisante : le traitement et l'alimentation sont bien acceptés; l'intelligence est nette, les journées sont calmes, il y a seulement un peu d'agitation pendant la nuit et peu de sommeil; la fièvre est relativement modérée, les températures oscillent entre 39° et 40°, le pouls entre 96 et 116 pulsations, la poitrine est intacte; la diarrhée ne donne que deux ou trois garde-robes par jour après les lavements; les urines sont abondantes, à peine albumineuses. La bouche et la langue sont celles d'une personne en santé.

Le 10, on constate que la fièvre a graduellement diminué depuis trois jours, la température oscille autour de 39°.

Mais, à partir de ce jour, la situation commence à s'aggraver; les deux nuits suivantes sont mauvaises, troublées par du délire et de l'agitation. Dans la journée même, la malade est inquiète et un peu excitée par intervalles; il survient plusieurs évacuations involontaires, et, très rapidement, deux larges excoriations se forment au siège avec teinte noirâtre du derme. Le pouls s'accélère et bat maintenant 132, 136 fois par minute.

Le 12 octobre, ces derniers accidents persistent, il survient quelques soubresauts des tendons, la fièvre augmente, et le subdélirium s'établit d'une façon presque permanente. Le bain du soir est pris sans bien-être consécutif.

Le 13, après une nuit agitée, commence à se montrer la raideur des mâchoires et du cou, bientôt suivie de raideur du tronc et des membres; cet état tétaniforme, semblable à celui que nous avons observé chez Math., se développe rapidement, accompagné d'un délire presque continu; la température s'élève au-dessus de 40°, et le pouls se maintient aux environs de 140; les boissons doivent être administrées par le nez; la respiration est inégale et présente, d'une façon très nette, le type de Cheyne-Stokes. En présence de l'agitation continuelle et de l'état tétanique, nous faisons préparer une potion au chloral et nous administrons par le nez une dose représentant 1 gramme de médicament; peu de

temps après, l'agitation cesse et la malade s'endort. La soirée se passe assez bien et la nuit est calme, avec des réveils fréquents, mais, en somme, peu d'agitation; les boissons sont prises par le nez et par la bouche, les urines sont suffisantes.

Dans la journée du 14, l'état somnolent persiste, mais aussi l'état tétaniforme; le cœur et le pouls s'accélèrent et s'affaiblissent, 150 pulsations au moins par minute, la température s'élève à 40°, la respiration a toujours le même type. Vers 3 heures de l'après-midi, le collapsus commence : deux injections d'éther sont pratiquées à 2 heures d'intervalle, la première avec un léger avantage, la seconde sans effet sensible. Peu à peu, la malade s'affaisse et elle paraît dormir; le pouls devient imperceptible, la respiration se ralentit, et la mort arrive à 8 heures du soir.

Observation.

Léa B..., âgée de vingt ans, cuisinière, d'une santé délicate et ayant suivi un traitement de cinq ou six mois, il y a un an, pour une maladie des poumons, fut prise dans les derniers jours de septembre d'un torticolis intense et en même temps de fatigue et de quelques troubles digestifs légers; cependant elle continua ses occupations et rentra à Paris le 30 septembre avec la famille; ce jour-là elle paraissait assez abattue, et avait la tête tout inclinée sur l'épaule droite; elle ne mangeait presque plus, mais cela lui arrivait souvent.

Le lendemain, 1^{er} octobre, elle alla consulter le médecin qui l'avait soignée pour sa maladie de poitrine et qu'elle avait revu plusieurs fois; celui-ci ne reconnut aucune maladie sérieuse, lui fit une prescription anodine et l'engagea, si dans quelques jours elle ne se sentait pas mieux, à aller se refaire à la campagne dans sa famille.

Deux jours plus tard (3 octobre), on me demanda de voir cette pauvre fille qui avait continué jusque-là péniblement son travail, mais qui venait de se coucher, ayant été prise après le second déjeuner, composé pour elle d'une soupe, de vomissements qui s'étaient déjà répétés deux ou trois fois. Je l'examinai et je déclare que je ne trouvai aucun signe évident de maladie : il n'y avait pas de fièvre (pouls, 72; temp. 36°8); la langue était normale, le ventre plat et sans trace de taches; la malade se plaignait de malaise et sentait encore des envies de vomir. Je lui conseillai quelques gouttes d'éther dans un peu d'eau sucrée, qui la soulagèrent, paraît-il, sans arrêter tout à fait les vomissements, et il fut décidé que le lendemain elle partirait pour passer quelques temps chez ses parents, auprès de Châteaudun. Elle y partit en effet dans l'après-midi du 4 octobre, accompagnée par la femme de chambre jusqu'à la gare; elle se plaignit, nous a-t-on dit, pendant ce trajet, d'un violent mal de tête, et on la vit se traîner péniblement jusqu'au compartiment. Quelques jours après nous apprenions qu'elle avait succombé dans la nuit même qui avait suivi son arrivée dans son pays, le 5 octobre à cinq heures du matin (le même jour que M^{lle} M...)

Surpris de dénouement si imprévu, j'écrivis à mon excellent et distingué confrère le docteur Raimbert, que je savais être le médecin de la famille B..., pour tâcher d'avoir quelques éclaircissements, et voici la lettre que le docteur Raimbert voulut bien m'adresser :

« Monsieur et très honoré confrère, j'ai bien peu de renseignements à vous fournir sur la dernière phase de la maladie de la malheureuse Léa B... Elle est arrivée à Châteaudun par le train express du milieu de la journée.

« Pendant le trajet de Paris à Châteaudun elle s'était trouvée tellement souffrante, qu'une sœur religieuse et une jeune fille qui étaient dans le train montèrent avec elle pour l'assister.

« A son arrivée elle était dans un état tel qu'il fallut deux personnes pour la sortir du wagon et la porter, pour ainsi dire, jusqu'à la voiture qui l'attendait dans la cour de la gare, car elle laissait traîner ses pieds plutôt qu'elle ne les appuyait sur le sol. Elle était d'une pâleur jaunâtre extrême et se plaignait d'un violent mal de tête. Je tiens ces détails d'une personne de ma famille présente à son arrivée; cette jeune fille lui a paru mourante.

« J'ignore complètement ce qui s'est passé de Châteaudun à Lanneray, domicile des parents, jusqu'au moment de la mort qui a eu lieu à quatre heures du matin.

« Pendant que sa fille mourait, le père venait en ville chercher mon fils en lui faisant dire (car il était cinq ou six heures du matin, il n'était pas levé) que sa fille était atteinte d'anémie. Mon fils, obligé d'aller voir un malade dans une direction tout opposée, me chargea d'aller à Lanneray à sa place. J'arrivai pour trouver la pauvre fille dans son linceul, entourée de ses parents en pleurs.

« Après avoir constaté le décès, je fis quelques questions auxquelles on ne peut répondre, si ce n'est que cette fille venait de Pierrefonds, que toutes les personnes de la maison dans laquelle elle était en service étaient malades des *mauvaises fièvres* : le maître et la maîtresse, les enfants et la femme de chambre.

« Je suis allé hier à Lanneray pour avoir, s'il était possible, plus de renseignements; je crus les trouver chez les religieuses qui font l'école et vont visiter les malades de la commune; elle n'ont rien pu ajouter à ce qui précède, elles n'avaient vu la jeune B... qu'à trois heures du matin, au moment où elle rendait le dernier soupir.

« Il m'a paru superflu d'aller de nouveau interroger les pauvres parents, ils n'auraient certainement pu rien me dire qui puisse être un indice de la cause d'une mort si imprévue.

Veillez, etc...

« Docteur RAIMBERT ».

Observation.

In thèse de Narboni. Paris 1894.

M^{me} X..., rentière, âgée de trente-cinq ans.

A eu la fièvre typhoïde il y a quinze ans, c'est-à-dire en 1878.

Le docteur B..., professeur à l'Ecole de Médecine d'Alger, appelé à donner ses soins à M^{me} X... à cette époque, aurait, au dire de la famille, porté le diagnostic de fièvre typhoïde.

Les parents de la malade interrogés sur la physionomie qu'aurait revêtue cette affection, nous apprennent qu'elle a duré deux mois (sans compter la période de la convalescence). M^{me} X... aurait eu alors une fièvre intense, continue, des épistaxis du délire, la langue sèche et « comme rôtie », des fuliginosités sur les gencives, une diarrhée abondante, jaune et fétide.

Après la guérison de cette fièvre typhoïde, M. X... aurait toujours joui d'une bonne santé.

24 octobre 1894. — La maladie actuelle a débuté il y a quatre jours par une céphalalgie intense, des nausées et des douleurs dans les membres inférieurs. La malade ne peut rester assise dans son lit, elle se plaint de vertiges, de céphalées intenses, de rachialgies et accuse de l'anxiété épigastrique très prononcée.

Le pouls est à 120. Elle a de l'insomnie, de la constipation ; la langue est saburrale quoique humide. Température : 38°5. La malade est très constipée.

25 octobre. — Température rectale : le matin 38°7 ; le soir 39°6. Le pouls est toujours à 120. La céphalalgie et la constipation persistent ; mais les douleurs dans les membres inférieurs sont atténuées. Toux légère avec enchiffrement ; mais la respiration s'entend nettement à l'auscultation. La langue est plus suburrale, la malade a un peu de stupeur.

On porte le diagnostic de grippe.

Traitement. — 30 grammes de sulfate de soude, 1 gramme de chlorhydrate de quinine en 2 cachets. Bouillon. Lait.

26 octobre. — A la suite de la purgation, deux selles abondantes, fétiides et noirâtres. Subdélirium pendant une partie de la nuit.

Température rectale le matin : 38°8 ; le soir : 39°5.

27 octobre. — Le pouls est à 104.

Température rectale, le matin : 38°8 ; le soir : 39°2.

28 octobre. — Persistance des mêmes symptômes.

Température rectale, le matin : 39° ; le soir 39°5.

29 octobre. — La constipation persiste ; le délire est plus intense, la langue sèche, rouge à la pointe et sur les bords. Le ventre légèrement douloureux du côté droit. Pouls à 120.

Température rectale : le matin, 39°3 ; le soir, 40°.

30 octobre. — Délire très intense, la langue est plus sèche, comme rôtie. On remarque des fuliginosités sur les dents ; la fosse iliaque droite est douloureuse ; il y a un peu de météorisme du ventre ; quelques taches rosées apparaissent sur l'abdomen.

Le pouls est à 124.

Température rectale : le matin, 39°8 ; le soir, 40°2.

On porte de diagnostic de fièvre typhoïde et on prescrit des bains froids.

31 octobre. — A la constipation succède une diarrhée intense, selles fréquentes et nombreuses (15 par jour), jaunâtres et fétides. Le ventre est toujours météorisé ; le délire sans être intense et violent est presque continu. La langue, quoique moins sèche, est toujours sèche. La malade est dans le décubitus dorsal, la rate est hypertrophiée.

Bains froids toutes les trois heures.

A la sortie du bain on administre quelques cuillerées à bouche d'une potion tonique avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina. La malade défend sa température contre les bains qui n'amènent qu'un abaissement d'un demi degré ; une heure après le bain la température est la même qu'avant le bain.

Le pouls est à 124.

Températures :

7 heures du matin. — Avant le bain : 39°2 ; après le bain : 38°8.

10 heures du matin. — Avant le bain : 39°4 ; après le bain : 38°7.

1 heure de l'après-midi. — Avant le bain : 40° ; après le bain : 37°7.

7 heures du soir. — Avant le bain : 40°3 ; après le bain : 39°7.

Minuit. — Avant le bain : 39°9 ; après le bain : 39°6.

1^{er} novembre. — Le délire est moins intense, la diarrhée toujours persistante (15 à 16 selles par vingt-quatre heures). Les taches rosées sont discrètes, mais très nettes, larges et s'effaçant sous le doigt. Pas de congestion pulmonaire ; mais en revanche râles de bronchite nombreux et expectoration abondante et spumeuse.

Les urines qui étaient rouges depuis trois jours et sans albumine, montrent aujourd'hui au réactif un anneau albumineux.

Le pouls est à 132.

Température rectale : le matin, 38°,9 ; le soir, 39°,4.

Jusqu'au 15 novembre, les mêmes symptômes persistent avec du délire continu et les mêmes abaissements de température après les bains.

La température moyenne est de 39°,7 le matin et de 40°,3 le soir.

Le pouls est dicrote et mou ; il est à 100.

Le nombre des selles diminue (en moyenne 7 par jour).

Du 15 au 25 novembre. — Stade amphibole avec aggravation des symptômes généraux : délire très intense, fièvre irrégulière. Le 20 novembre, l'impulsion cardiaque est tellement affaiblie, le pouls étant à 180, que tout en continuant les bains froids on applique de la glace sur la région précordiale.

Les urines sont chargées d'urates et ne contiennent plus d'albumine. On prescrit deux lavements froids par jour.

Températures :

15 novembre.	—	Matin :	39°,9 ;	soir :	40°.
16	—	—	40°,8 ;	—	39°.
17	—	—	38°,8 ;	—	39°,3.
18	—	—	39°,8 ;	—	39°,5.
19	—	—	39°,9 ;	—	40°,2.
20	—	—	39°,6 ;	—	41°.
21	—	—	39°,5 ;	—	39°,2.
22	—	—	39°,6 ;	—	39°,8.
23	—	—	39°,9 ;	—	39°,4.
24	—	—	39° ;	—	38°,8.
25	—	—	38°,8 ;	—	39°.

25 novembre. — La malade a des crises urinaires ; la diarrhée n'a été que de six selles par jour.

La stupeur est moins grande ; la langue est humide et moins rouge.

26 novembre. — Il n'y a presque plus de délire ; quatre selles par jour.

Température : 38°,8 le matin et 39°,2 le soir. Le pouls est à 110.

La malade ne tousse plus et n'a plus de râles dans la poitrine.

Après le bain, abaissement de 1°, qui persiste en une heure.

27 novembre. — Le pouls est à 100. Température : le matin, 38°,5 et le soir, 39°.

28 novembre. — Les selles sont presque moulées (4 par jour).

Pouls à 100. La température est à 38°,2 le matin et à 38°,5 le soir.

29 et 30 novembre. — La température est à 38° le matin et 38°.2 le soir.

Le pouls est à 94. L'état général est satisfaisant ; la langue est complètement nettoyée.

Du 1^{er} au 4 décembre. — Température normale, 36°,5 le matin et 37° le soir.

Le 5 décembre. — La malade tousse, la respiration est un peu obscure aux bases. Vers quatre heures du soir, elle est prise de frissonnements, et la température qui était de 37°,2 le matin à 7 heures est de 39°,8 après les frissons, c'est-à-dire vers 5 heures du soir.

6 décembre. — Quintes de toux. Le matin rien à l'auscultation, la température est normale le matin et le soir.

7 décembre. — Même température. Quintes de toux le matin.

8 décembre. — 38°,9 le matin, la malade a mal dormi, elle a toussé une partie de la nuit ; elle a de la céphalalgie et des nausées. A l'auscultation : signes de congestion aux deux bases, râles sous-crépitaux très discrets ; matité légère avec un peu d'exagération des vibrations. Le soir, 39° ; pouls, 100.

9 décembre. — Persistance des mêmes signes avec la stupeur ; la langue et le pharynx sont rouges. Température du matin, 38°,5 ; le soir, 39°.2 ; pouls, 94.

10 décembre. — La malade a de la diarrhée (5 selles dans la nuit), la stupeur augmente et le ventre est douloureux. Nous pensons à une rechute et on commence les bains qu'on a cessé depuis le 1^{er} décembre.

La congestion pulmonaire semble s'amender. Température du matin, 38°,2 ; le soir, 39°,7.

11 décembre. — Délire la nuit précédente ; la langue est sèche, diarrhée abondante (8 selles par jour). Des taches rosées comme dans la première attaque se montrent sur les flancs. Le pouls est dicrote à 124.

Jusqu'au 18 décembre les mêmes symptômes persistent avec des températures de 39°,5 et le soir 40°. Le pouls est à 136 pendant les 13, 14 et 15 décembre. Il y a de l'albumine dans les urines.

Le 16 décembre. — La diarrhée a diminué, les urines s'éclaircissent, crises urinaires. Le délire disparaît le 17 décembre.

Le 18 décembre. — Température du matin, 38°,8 ; le soir, 39° ; pouls, 110 ; langue humide, toujours saburrale.

Température du 19 au 22 décembre :

19 décembre. — 37°,9 le matin ; 38°,8 le soir.

20	—	37°,5	—	38°,5	—
----	---	-------	---	-------	---

21	—	37°,5	—	38°,8	—
----	---	-------	---	-------	---

22	—	37°	—	37°,5	—
----	---	-----	---	-------	---

La diarrhée a presque disparu (3 selles moulées par jour). La langue humide se nettoie.

25 décembre. — La malade entre en pleine convalescence et le 10 janvier elle peut se lever ; les forces reviennent rapidement.

La malade a pris 98 bains froids.

CONCLUSIONS

I. — La dothiéntérie, maladie infectieuse microbienne confère une immunité acquise, généralement assez durable à l'individu qui en a été une fois atteint

II. — Cependant, cette immunité peut être insuffisante, et on a observé un certain nombre de faits de récidives.

III. — Ces récidives sont bien le résultat d'une infection nouvelle par le bacille d'Eberth. Elles ne doivent pas être confondues avec les rechutes, les réitérations, les reversiones, résultant d'une nouvelle exaltation de la même infection.

IV. — Les récidives ont la même étiologie que la fièvre typhoïde en général, et ne résultent point du réveil d'un foyer de microbisme latent. On les observe surtout en temps d'épidémie. Toutes les causes secondaires débilitantes favorisent la réinfection comme l'infection primitive. La grippe, à ce point de vue, joue un rôle important.

V. — Les récidives, plus graves en général chez l'homme, sont habituellement moins sérieuses que la première atteinte, mais ce n'est point là une règle absolue, et une fièvre typhoïde banale peut être suivie, après plusieurs années, d'une récidive très grave.

VI. — La récidive expose aux mêmes complications que la première atteinte, mais avec une fréquence moins grande.

VII. — Le traitement comporte les mêmes indications, et la convalescence nécessite les mêmes précautions qu'une infection typhique primitive.

Vu :

Le Président de la Thèse,
BROUARDEL.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALONZO CLARKE. — New York Med. Record, 1878.
BARLETT. — Rapporté par Murchison.
BATTLE. — Gaz. hebd. de Montpellier, 1882.
BOUCHUT. — Traité de pathologie générale.
BROUARDEL. — Mémoire à la Soc. de méd. publique, 1887.
BUCQUOY. — France médicale, 1878.
CADET DE GASSICOURT. — Maladies des enfants, t. II.
CHANTEMESSE et WIDAL. — Annales de l'Institut Pasteur, 1886.
CHANTEMESSE. — In Traité de médecine, 1894.
CHOMEL. — Traité de pathologie générale, 1863.
COUDEYRAS. — Thèse de Paris, 1897.
DESHAYES. — Congrès de Nancy, 1897.
DESHAYES (de Rouen). — Gaz. hebd. de méd. et chir., 13 septembre 1889.
DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie, 1893.
EICHORST. — Arch. für path. anat. klinick, 1888.
FERNET. — Société médicale des hôpitaux, 1888.
GASSER. — Causes de la fièvre typhoïde (Biblioth. méd. Charcot, Debove, 1894).
GEISSLER — Schmidt's Jahrbucher. tome 228, 1890.
GRIESENGER. — Traité des malad. infect. traduct. Lemaître. Paris, 1897.
GRISOLLE. — Path. int., 1893.
GUÉNEAU DE MUSSY. — Clinique médicale, 1884.
GUYARD. — Thèse de Paris. 1876.
HOMOLLE. — Revue des sc. méd., 1882.
HUGUES et LÉVY. — Arch. de méd. et de pharm. milit., août 1891.
HUTINEL. — Thèse d'agrégation, 1883.
JACCOUD. — Bull. méd., 17 janvier 1894.
LANDOUZY. — Sem. méd., 3 juin 1891.
LAVERAN et TESSIER. — Path. int., 1893.
LECUYER (de Beaurieux). — Soc. méd. pratiq., 22 février 1888.
LIEBERMEISTER. — Path. int., trad. Guiraud, 1887.
MABBOUX. — Thèse de Strasbourg, 1886.
MASON. — The Boston medical and surgical Journ., 12 février 1894.

- MICHEL. — Union médicale, 1869.
MONNERET, — Pathologie générale, 1865.
MOORE (de Dublin). — Journ. of med. sc., 1892.
MURCHISON. — De la fièvre typhoïde, 1878.
NARBONI. — Thèse de Paris, 1894.
ODDO BETZ. — Thèse de Tübingue sur le typhus abdominal, 1893.
PEPPER — The american text-book of theorie und practise, 1893.
PIEDVACHE. — Bull. acad. med., 1850.
POTAIN. — Bull. med., 27 juillet 1892.
RILLIET et BARTHEZ. — Journ. des connaissances médico-chirurgicales 1839.
RILLIET et BARTHEZ. — Traité des maladies de l'enfance, 1841.
ROETHER. — Schmidt's Jahrbuchen, tome 229.
ROMIZOWSKI DEVOUCOUX. — Thèse de Paris, 1885.
SALLEBERT. — Thèse de Bordeaux, 1887.
SIMON JULES. — Progrès médical, 1881.
STRUMPELL — Traité de path. int., trad. Schromme, 1888.
TAUPIN. — Journ. des connaiss. médico-chirurg., 1839.
WILLIAM-BUDD. — Rapporté par Murchison.
ZULZER. — Realencyclopédie, Bd II, auf. II, 1893.

Imprimerie de la Gazette du Palais, 3, boulevard du Palais, Paris.
